

中医病历及处方

Zhongyi Bingli Ji Chufang Shuxie Guifan Shouce

书写规范手册

主编 □ 秦国政



 云南大学出版社

中医病历及处方书写规范手册

主 编 秦国政

云南大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医病历及处方书写规范手册 / 秦国政主编. -- 昆明 : 云南大学出版社, 2012. 12
ISBN 978 - 7 - 5482 - 1313 - 0

I. ①中… II. ①秦… III. ①中医学—病案—书写规则 ②中医学—处方—书写规则 IV. ①R197.323

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 266852 号

中医病历及处方书写规范手册

秦国政 主编

策划编辑: 赵红梅

责任编辑: 宋 武

封面设计: 陈耀昆

出版发行: 云南大学出版社

印 装: 昆明宝王印务有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 15.25

字 数: 360 千

版 次: 2012 年 12 月第 1 版

印 次: 2012 年 12 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978 - 7 - 5482 - 1313 - 0

定 价: 25.00 元

地 址: 昆明市翠湖北路 2 号云南大学英华园内

邮 编: 650091

E - mail: market@ynup.com

网 址: <http://www.ynup.com>

前 言

中医病历是指医务人员在中医医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，是中医医院医疗质量和管理水平的综合反映。中医病历作为珍贵的信息资料，为中医医院临床、教学及科研等工作提供依据并具有法律效力。

为贯彻执行卫生部、国家中医药管理局印发的《中医病历书写基本规范》、《中医电子病历基本规范（试行）》和《处方管理办法》等相关文件和标准，配合国家中医药管理局对中医医院的等级评审，进一步规范中医医疗机构病历的书写及管理，更好地为深化医药卫生体制改革服务，云南省中医医院组织相关专家编写完成《中医病历及处方书写规范手册》（以下简称《手册》）。

本书的编写坚持科学、规范和可操作性的原则，结合云南省中医医院的临床实践，举例介绍了大量中医病历及处方书写实例，各种辅助检查申请和报告单书写要求，中医病历质量评价标准，中医病历管理规定等。并收集整理了国家关于中医病历与处方书写的相关法律文件作为附录。《手册》可以作为中医病历和处方书写以及病历质量评价的工具书，供省内各中医医疗机构中的中医师、中西医结合医师、中医护理人员、医技人员和中医医政管理人员阅读参考使用。中西医结合医师与民族医师病历书写亦可参照本《手册》执行。

在本次《手册》编写工作中，云南省中医医院的各位专家在较短的时间内完成了此项工作，对于他们付出的辛勤努力，在此表示诚挚的谢意！对在成书过程中给予大力支持的云南省中医医院质控办、病案科、医务科以及部分临床科室的质控工作人员一并感谢！由于时间仓促，编写中难免有疏漏及不足之处，恳请读者批评指正。

编 者

2012 年 8 月 22 日

主 编：秦国政

副主编：彭江云 钱 锐

编 委：（按姓氏笔画为序）

王家兰	刘 涛	孙丽萍	杜义斌	李 云	李山梅	李云华
李方欣	李帆冰	李松梅	李海洋	肖 泓	何 敬	何鹏彬
宋 颖	张立群	张春和	林 云	高 晗	唐 洁	夏 杰
黄春江	黄信源	淦家荣				

目 录

第一章 中医病历书写要求	(1)
一、中医病历书写基本要求	(1)
(一) 格式及书写要求	(1)
(二) 审阅及修改要求	(1)
二、打印病历的内容及要求	(2)
三、中医病历书写时限	(2)
四、中医病历书写人员资格要求	(3)
五、中医病历书写注意事项	(3)
六、中医病历的排列顺序	(4)
(一) 住院期间在架(运行)病历排列顺序	(4)
(二) 出院后归档病案装订顺序	(5)
第二章 中医病历书写规范及示例	(6)
一、门(急)诊病历	(6)
(一) 内容及书写要求	(6)
(二) 书写格式及示例	(6)
二、急诊留观记录	(8)
(一) 内容及书写要求	(8)
(二) 书写格式及示例(从急诊首诊记录开始)	(8)
三、入院病历	(11)
(一) 内容及书写要求	(11)
(二) 书写格式及示例	(14)
四、入院记录	(18)
(一) 入院记录	(18)
(二) 再次或多次入院记录	(41)
(三) 24小时内入出院记录	(41)
(四) 24小时内入院死亡记录	(41)
五、病程记录	(42)
(一) 普通病程记录	(42)
(二) 特殊病程记录	(51)

(三) 手术相关记录	(63)
六、知情同意记录	(70)
七、其他病历文书	(80)
第三章 各种检查、治疗申请单和报告单书写规范与要求	(88)
一、基本要求	(88)
二、功能及超声检查	(89)
(一) 心电图检查	(89)
(二) 动态心电图、动态血压检查	(89)
(三) 经颅超声多普勒 (TCD) 检查	(89)
(四) 超声检查	(90)
(五) 诊断报告发出时间	(90)
三、放射科检查	(95)
(一) X 线检查	(95)
(二) 介入放射学	(95)
(三) CT 检查	(96)
(四) 磁共振成像 (MRI) 检查	(96)
(五) 放射性核素功能检查	(97)
(六) 诊断报告发出时间	(97)
四、化验检查	(102)
(一) 检验申请单	(102)
(二) 检验报告单	(102)
(三) 检验报告时间	(102)
(四) 输血科/血库医疗文书规范	(102)
五、病理检查	(117)
(一) 病理常规活检检查申请单	(117)
(二) 术中冰冻检查申请单	(117)
(三) 细胞学检查申请单	(117)
(四) 病理诊断报告单	(117)
(五) 病理诊断报告发出时间	(118)
(六) 尸体解剖	(118)
六、内镜 (胃镜、肠镜等) 检查	(123)
第四章 中医病历管理及评价标准	(125)
一、中医医院病历管理	(125)
(一) 病历管理的组织机构	(125)
(二) 病历管理机构的设置	(126)

(三) 病历管理机构的要求	(126)
二、病历管理制度	(127)
(一) 门诊病历的管理	(127)
(二) 住院病历的管理	(127)
三、中医病历评价标准	(129)
(一) 中医病案质量持续改进	(129)
(二) 国家中医药管理局住院病历评分标准 (2002)	(129)
(三) 归档病案质量评价标准	(134)
(四) 在架 (运行) 病历质量评价举例	(138)
第五章 医疗处方书写规范	(141)
一、处方书写基本要求	(141)
二、中药饮片处方书写要求	(142)
三、中成药处方书写要求	(144)
四、中药注射剂处方书写要求	(146)
五、普通西药处方书写要求	(150)
六、麻醉药品、精神药品处方书写要求	(156)
附：处方常见缩写一览表	(160)
附录 病历及处方书写法规性文件	(161)
一、卫生部、国家中医药管理局关于印发《医疗机构病历管理规定》的通知 (卫医发〔2002〕193)	(161)
二、中华人民共和国卫生部令 (第 53 号)《处方管理办法》	(163)
三、中华人民共和国国务院令 (第 442 号)《麻醉药品和精神药品 管理条例》	(174)
四、卫生部办公厅关于印发《手术安全核查制度》的通知 (卫办医政发〔2010〕41 号)	(187)
五、国家中医药管理局关于印发《中医电子病历基本规范 (试行)》的通知 (国中医药发〔2010〕18 号)	(189)
六、卫生部、国家中医药管理局关于印发《中医病历书写基本规范》的通知 (国中医药医政发〔2010〕29 号)	(192)
七、国家中医药管理局关于印发《中药处方格式及书写规范》的通知 (国中医药医政发〔2010〕57 号)	(200)
八、国家中医药管理局关于修订中医住院病案首页的通知 (国中医药医政发〔2011〕54 号)	(202)
九、卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知 (卫办医政发〔2010〕125 号)	(212)

可辨，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

2. 上级医师有审阅及修改下级医务人员书写的病历的责任。每页改错不能超过 3 处。修改时，上级医师在原记录者（经治医师）姓名前签名，并注明修改日期，同时保持原有记录清楚、可辨。每页超过 3 处修改应责令下级医师重新书写后签名。

3. 归档住院病历不得再做任何修改。

二、打印病历的内容及要求

1. 打印病历是指应用文字处理软件编辑生成并打印的病历（如 word 文档、WPS 文档等）。打印病历应当及时打印，由经治医师手写签名。

2. 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

3. 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

4. 计算机打印病历的内容和计算机保存病历的内容必须一致。

5. 可以使用病历模板，但严禁复制他人病历代替询问病史及全面查体，严禁将类似病人的病历全盘拷贝或在记录病程时不加修改地粘贴复制，造成病历信息失真。

6. 归档病历以打印的纸质病历为准，纸质病历作为具有法律效应的最后医疗文书。

三、中医病历书写时限

1. 门（急）诊病历要求在患者就诊时及时书写完成。

2. 入院记录、再次或多次入院记录应于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内出入院记录应于患者出院后 24 小时内完成；24 小时内入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。

3. 首次病程记录在患者入院后 8 小时内完成。

4. 日常病程记录中，对病危患者应根据病情变化随时书写，每天至少一次，记录时间应当具体到分钟；对病重或一级护理患者至少 1 天记录一次；对病情稳定患者至少 3 天记录一次；患者入院后及手术后连续 3 天，至少每天需要 1 次病程记录。各中医医疗机构可依据自身医院实际情况，制定病历书写制度，进一步细化日常病程记录时限。

5. 上级医师查房记录中，主治医师首次查房记录应于患者入院 48 小时内完成，副主任（主任）医师首次查房记录应于患者入院 72 小时内完成，日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定。各中医医疗机构可根据自身医院实际情况，依据相关规定，作出上级医师日常查房记录的间隔时限要求。一般为每周两次。

6. 交班记录应在交班前完成；接班记录由接班医师于接班后 24 小时内完成。

7. 转出记录由转出科室在患者转出科室前完成（特殊紧急情况除外）；转入记录由转入科室在患者转入后 24 小时内完成。

8. 住院超过一个月的患者需书写阶段小结，一般在患者住院天数达 28 至 30 天时完成书写。

9. 抢救记录由参加抢救的有关医务人员及时完成，因抢救未及时完成的应在抢救

结束后6小时内据实补记,并加以注明。

10. 常规会诊记录应当由会诊医师在收到会诊申请后当日内完成;急会诊时,会诊医师应当在收到会诊申请后10分钟内到场,并在会诊结束后即刻完成会诊记录。

11. 术前小结由经治医师在患者手术前完成。
12. 手术记录由手术者在术后24小时内完成。
13. 手术清点记录应在手术结束后即时完成。
14. 术后首次病程记录应在术后即时完成。
15. 出院记录应在患者出院后24小时内完成。
16. 死亡记录应在患者死亡后24小时内完成。
17. 死亡病例讨论记录应在患者死亡后一周内完成。

四、中医病历书写人员资格要求

1. 门(急)诊病历由接诊医师在患者就诊时及时书写完成。
2. 入院记录、转出记录、转入记录、阶段小结、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录等由经治医师及时书写完成。
3. 首次病程记录由经治医师或值班医师书写完成。
4. 日常病程记录由医师书写,也可由实习医务人员、试用期医务人员或进修医师书写,经在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名。
5. 交班记录由交班医师在交班前完成;接班记录由接班医师于接班后24小时内书写完成。
6. 抢救记录由参加抢救的有关医务人员书写完成。
7. 会诊记录应当由会诊医师在会诊后及时书写完成。
8. 术前小结由经治医师在患者手术前完成。
9. 手术记录由手术者在术后书写完成,特殊情况下由第一助手书写,手术者签名。
10. 手术清点记录由巡回护士在手术结束后即时完成。
11. 术后首次记录由参加手术的医师术后即时完成。
12. 入院病历由带教老师根据教学需求,安排实习医师、见习期医师及进修医师及时书写完成,不归入住院病历中。

五、中医病历书写注意事项

1. 原“住院志”的表述已经取消,每份住院病历中可以没有“入院病历”,但必须有“入院记录”。
2. 病历书写中涉及的诊断包括中医诊断和西医诊断,其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。中医治疗应当遵循辨证论治的原则。
3. 对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等),应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因病无法签字时,应当由其近亲属签字,没有近亲属的,由其关系人签字;为抢救患者,在法定代理人或近亲属、关系人无法及

时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

4. 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录要简明扼要，并注明患者去向。实施中医治疗的，应记录中医四诊、辨证施治情况等。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

六、中医病历的排列顺序

（一）住院期间在架（运行）病历排列顺序

1. 体温单（按时间先后倒排）。
2. 长期医嘱记录单（按时间先后倒排）。
3. 临时医嘱记录单（按时间先后倒排）。
4. 入院记录。
5. 病程记录。

包括首次病程记录、上级医师处方记录、日常病程记录、交接班记录，转科记录、阶段小结等，手术患者含术前小结、术后首次病程记录（另起一页书写）等。

6. 各种另页书写的操作及讨论记录。

包括疑难病例讨论记录、有创诊疗操作记录等，手术患者含术前讨论记录、麻醉前后访视记录、麻醉记录、手术记录、手术室护理及手术物品清点记录、手术安全核查记录等。

7. 临床路径记录单。
8. 会诊记录单（按会诊时间先后倒排）。
9. 病危病重通知书。
10. 各种医疗知情同意书。
11. 特殊检查治疗记录单。
12. 输血相关文书（包括输血治疗申请单、输血记录单、输血不良反应回报单等）。
13. 特殊检查报告单（放射，心电图，内镜，超声，CT，病理等检查报告单）。
14. 检验报告单（按检查日期自上而下叠瓦式顺排，粘贴于专用纸齐左边纸上，粘贴专用纸页按时间先后排列）。
15. 中医处方底单。
16. 病危病重护理记录单（按页码次序顺排。如正在进行病危病重护理时，放在特护夹内）。输血记录单。
17. 病案首页。
18. 入院证。
19. 门诊病历。
20. 既往住院病历或其他医院就治疗有关记录。

（二）出院后归档病案装订顺序

1. 病案首页。
2. 出院记录或死亡记录。
3. 入院证。
4. 入院记录。
5. 病程记录。

包括首次病程记录、上级医师处方记录、日常病程记录、交接班记录、转科记录、阶段小结等，手术患者含术前小结、术后首次病程记录（另起一页书写）等。

6. 各种另页书写的操作及讨论记录（分类按时间先后顺序排列）。

包括疑难病例讨论记录、有创诊疗操作记录等，手术患者含术前讨论记录、麻醉前后访视记录、麻醉记录、手术记录、手术室护理及手术物品清点记录、手术安全核查记录等。

7. 临床路径记录单。
8. 会诊记录单（按会诊时间先后顺排）。
9. 病危病重通知书。
10. 各种医疗知情同意书（分类按时间先后顺序排列）。
11. 特殊检查治疗记录单。
12. 输血相关文书（包括输血治疗申请单、输血记录单、输血不良反应回报单等）。
13. 特殊检查报告单（放射，心电图，内镜，超声，CT，病理等检查报告单）。
14. 检验报告单（按检查日期自上而下叠瓦式顺排，粘贴于专用纸齐左边纸上，粘贴专用纸页按时间先后排列）。
15. 病危病重护理记录单（按页码次序顺排）。
16. 中医处方底单。
17. 长期医嘱记录单（按时间先后顺排）。
18. 临时医嘱记录单（按时间先后顺排）。
19. 体温单（按时间先后顺排）。
20. 既往住院病历或其他医院就诊治疗有关记录。

第二章 中医病历书写规范及示例

一、门（急）诊病历

（一）内容及书写要求

1. 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页〔门（急）诊手册封面〕、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

2. 门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

3. 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

（1）初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，中医四诊情况，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

（2）复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、中医四诊情况，必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

（3）急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

（4）门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

（二）书写格式及示例

门（急）诊病历首页

姓名：××

性别：女

出生年月：1973 年 11 月 3 日

民族：汉族

婚姻状况：已婚

职业：职员

工作单位：××市××公司

住址：××市××路××号××幢××单元××室

药物过敏史：对“磺胺”过敏，否认其他药物过敏史

门（急）诊初诊记录

科别：急诊科

时间：2012 年 9 月 6 日 8 时 25 分

主诉：发热 12 小时。

现病史：患者受凉后于昨晚 20：00 左右出现发热、恶寒、头痛、浑身酸痛、咽痛，

自测体温 38℃，口服“阿莫西林胶囊”及“布洛芬混悬液”后体温有所下降，今晨复测体温为 38.9℃，故来就诊。现症见：发热，恶风，头昏，浑身乏力，咽痛明显，偶咳，干咳少痰，无胸闷，无胸痛，无心慌，无腹胀腹痛，无恶心呕吐，无腹泻，无尿频尿急尿痛，睡眠差，饮食少，大便干，小便短黄。

既往史：否认高血压、糖尿病等慢性病病史。未到过疫区，否认疫病接触史。末次月经 2012 年 8 月 25 日。对“磺胺”过敏。

体格检查：T39.5℃，R20 次/分，P104 次/分，BP120/80mmHg。神志清楚，对答切题，查体合作，面色发红，口唇无紫绀，咽充血明显，双侧扁桃体Ⅲ°肿大，可见脓性分泌物，双肺呼吸音增粗，未闻及干湿啰音，心率 104 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，肝脾肋下未触及，全腹无压痛反跳痛，肠鸣 4~6 次/分，双下肢无浮肿。舌尖红苔薄白脉浮数。

辅助检查：血液分析：WBC $11.5 \times 10^9/L$ ，GRA80%，LYM16%，RBC $4.44 \times 10^{12}/L$ ，HGB146g/L，PLT $275 \times 10^{12}/L$ 。

初步诊断：

中医诊断：外感高热

风热犯表

西医诊断：急性化脓性扁桃体炎

处理意见：

1. 青霉素皮试——阴性。
2. 0.9%氯化钠注射液 250ml + 注射用青霉素钠 800 万 U，静滴，60 滴/分，st。
3. 5%葡萄糖注射液 500ml，静滴，60 滴/分，st。
4. 布洛芬混悬液 10ml，口服，st。
5. 冰袋物理降温，st。
6. 嘱患者多饮温开水。
7. 中医急则治标，治以辛凉解表，清热利咽，方选银翘散加减，中药如下：

金银花 10g	连翘 10g	芦根 30g	桔梗 10g
牛蒡子 10g	荆芥 10g	薄荷 6g	重楼 10g
浙贝母 15g	川芎 6g	枳壳 10g	甘草 6g

2 剂

煎服法：上方加冷水约 300 毫升，浸泡 30 分钟，第一次武火迅速煮沸后改用文火维持 15 分钟，取汁 150 毫升，第二次取汁 150 毫升，两煎相合，分 3 次温服，日 1 剂。

经治医师：×××（签全名）

门（急）诊复诊记录

科别：急诊科

时间：2012 年 9 月 7 日 9 时 30 分

患者第二天复诊，病史同前，经治疗后，发热有所减轻，最高体温 37.8℃，头昏、乏力缓解，目前仍有轻微发热，恶风，咽痛，偶咳，无痰，无胸闷，无胸痛，无心慌，无腹胀腹痛，无恶心呕吐，无腹泻，无尿频尿急尿痛，睡眠可，饮食少，二便正常。

体格检查：T37.5℃，R18次/分，P84次/分，BP110/80mmHg。咽充血明显，双侧扁桃体Ⅲ度肿大，可见脓性分泌物，双肺呼吸音增粗，未闻及干湿啰音，心率84次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，肝脾肋下未触及，全腹无压痛反跳痛，肠鸣4~6次/分，双下肢无浮肿。舌尖红苔薄白脉浮。

诊断：

中医诊断：外感高热

风热犯表

西医诊断：急性化脓性扁桃体炎

处理意见：

1. 0.9%氯化钠注射液250ml + 注射用青霉素钠800万U，静滴，60滴/分，st。
2. 中药继续服用上方。

经治医师：×××（签全名）

二、急诊留观记录

（一）内容及书写要求

1. 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。
2. 实施中医治疗的，应记录中医四诊、辨证施治情况等。
3. 抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

（二）书写格式及示例（从急诊首诊记录开始）

急诊初诊记录

科别：急诊科

时间：2012年9月5日14时26分

主诉：腹泻20余次，伴心慌、汗出10分钟。

现病史：患者经常在外饮食，今日凌晨04:00左右出现腹泻，自服“藿香正气水”后未见好转，至今共腹泻20余次，黄水样便，无肉眼可见粘液脓血，阵发性腹痛，恶心，无呕吐。10分钟前患者如厕腹泻后突然心慌，大汗出，家人发现后立即送往医院，现症见：面色发白，大汗淋漓，心慌，口干明显，疲乏无力，四肢厥冷。

既往史：否认高血压、糖尿病等慢性病病史。末次月经2012年8月25日。否认药物过敏史。

体格检查：T35.8℃，R22次/分，P120次/分，BP70/40mmHg。神志淡漠，反应迟钝，对答切题，面色发白，口唇无紫绀，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿啰音，心率120次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，肝脾肋下未触及，脐周压痛，全腹无反跳痛，肠鸣6~10次/分，双下肢无浮肿。舌淡，苔薄白，脉细数。

辅助检查：暂缺。

初步诊断：

中医诊断：1. 脱证

阴阳两脱

2. 暴泻

外邪蕴肠

西医诊断：1. 休克（①低血容量性休克，②感染性休克待排）

2. 急性胃肠炎

处理意见：

1. 立即抢救。
2. 心电、血压、经皮血氧饱和度监测，低流量 2L/min 吸氧。
3. 开通两条静脉通路。
4. 参麦注射液 100ml 益气复脉，快速静滴，st。
5. 参附注射液 100ml 回阳救逆，快速静滴，st。
6. 羟乙基淀粉氯化钠注射液 500ml，快速静滴，st。
7. 查血液分析、心肌酶、肾功能、电解质、大便常规 + 潜血、血培养、大便培养。
8. 书面病重通知。
9. 留观察。

经治医师：×××（签全名）

2012 年 9 月 5 日 14 时 50 分 急诊留观记录

经上述处理后，患者心慌减轻，出汗停止，仍觉口干明显，乏力。查体：神志转清，反应灵敏，余查体同前。心电监护示：心率 100 次/分，窦性心律，血压 90/60mmHg。

血液分析：WBC $11.5 \times 10^9/L$ ，GRA80%，LYM16%，RBC $4.44 \times 10^{12}/L$ ，HGB146g/L，PLT $275 \times 10^{12}/L$ 。

心肌酶、肾功能、电解质：血清钾 3.0mmol/L，余值正常。

大便常规 + 潜血：黄水便，镜检白细胞 4/HP，潜血阴性。

明确西医诊断：低血容量性休克

补充西医诊断：电解质紊乱——低钾血症

处理意见：

1. 乳酸左氧氟沙星注射液 0.2g，静滴，40 滴/分，bid。
2. 0.9% 氯化钠注射液 500ml + 10% 氯化钾注射液 15ml，静滴，40 滴/分，st。

经治医师：×××（签全名）

2012 年 9 月 5 日 18 时 15 分 急诊留观记录

患者仍在输液中，诉已无明显心慌，无汗出，仍觉口干，乏力，稍感恶心，无呕吐，无明显腹痛，入院至今又解黄色水便 3 次，量不多，解小便 1 次。查体：神志清楚，对答切题，查体合作，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿啰音，心率 88 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，肝脾肋下未触及，脐周压痛，全腹无反跳痛，肠鸣 4~8

次/分，双下肢无浮肿。心电监护示：心率 80 ~ 100 次/分，窦性心律，血压 90 ~ 100/60 ~ 70mmHg，呼吸 18 ~ 20 次/分，经皮血氧饱和度 98% ~ 99%。

处理意见：

1. 5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml + 10% 氯化钾注射液 15ml，静滴，40 滴/分，st。
2. 硫糖铝混悬液 20ml，po，tid。
3. 蒙脱石散 3g，po，tid。
4. 维持一条静脉通路，关闭另一条静脉通路。

经治医师：×××（签全名）

2012 年 9 月 6 日 8 时 15 分 急诊留观记录

夜间患者病情平稳，可安静入睡，无心慌，无汗出，口干、乏力减轻，稍感恶心，无呕吐，未再腹泻，今晨解黄色稀便 1 次，无明显腹痛，解小便 2 次。查体：神志清楚，对答切题，查体合作，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿啰音，心率 84 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，肝脾肋下未触及，全腹无压痛反跳痛，肠鸣 4 ~ 6 次/分，双下肢无浮肿。舌质淡红苔薄白，脉细弱。心电监护示：心率 65 ~ 90 次/分，窦性心律，血压 100 ~ 120/60 ~ 80mmHg，呼吸 18 ~ 20 次/分，经皮血氧饱和度 98% ~ 99%。

处理意见：

1. 乳酸左氧氟沙星注射液 0.2g，静滴，40 滴/分，bid。
2. 0.9% 氯化钠注射液 250ml + 参麦注射液 40ml，静滴，60 滴/分，st。
3. 5% 葡萄糖氯化钠注射液 500ml + 10% 氯化钾注射液 15ml，静滴，40 滴/分，st。
4. 继续口服硫糖铝混悬液及蒙脱石散。
5. 停用监护，停止吸氧。
6. 嘱患者进食适量米粥。
7. 复查血液分析、电解质，结果均正常。

经治医师：×××（签全名）

2012 年 9 月 6 日 15 时 20 分 急诊留观记录

患者输液完毕，无心慌，无汗出，无明显口干，稍感乏力，稍感恶心，无呕吐，今晨至今未再解大便，自觉胃脘部胀闷不适，无明显腹痛，今日已进食 2 次米粥。查体：T36.5℃，R18 次/分，P76 次/分，BP120/80mmHg。神志清楚，对答切题，查体合作，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿啰音，心率 76 次/分，律齐，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，腹平软，肝脾肋下未触及，全腹无压痛反跳痛，肠鸣 4 ~ 6 次/分，双下肢无浮肿。舌质淡红苔薄白，脉细弱。

补充中医诊断：痞满

脾胃虚弱

处理意见：

1. 解除留观察。